



COMPLEJO ASISTENCIAL DR.VICTOR RIOS RUIZ
SALUD
AVDA. RICARDO VICUÑA 147
LOS ANGELES

OFICINA DE PARTES

21 ABR. 2017

21 ABR. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

RUT 61.607.301-K
FACTURA NO AFECTA
O EXENTA ELECTRONICA
N° 359

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es)	HOSPITAL NAVAL ALMTE.ADRIAZOLA	RUT	61.102.025-2
Giro	HOSPITALES Y CLINICAS	Fecha Emisión	12 de abril de 2017
Dirección	MICHIMALONGO S/N , LAS CANCHAS	Comuna	TALCAHUANO
Contacto	Marcela Rivas Mendoza	Vendedor	

DETALLE					
Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Ind	Total
70102004001	ATENCION AMBULATORIA M.L.E (Agustina Galvez Garcia, Pref.824)	1	9.730	EX	9.730

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

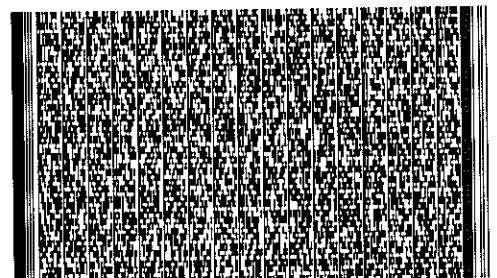
Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$ 9.730.-

55211. \$ 060.000 (9m.)
21572-11 \$ 0 0060

TOTALES	
Monto Exento	9.730
Total	9.730



Timbre Electrónico SII
Res. 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN



Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95103 (1898911)
Validez : Desde el 25/04/2017 al 25/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607301-K HOSPITAL DR.VICTOR RIOS RUIZ
Dirección : RICARDO VICUÑA,Nº147,LOS ANGELES
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 24976884-7 AGUSTINA JESUS GALVEZ GARCIA
Parentesco : HIJOS
Repartición : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Responsable: 16061315-7 MARIOLY EMPERATRIZ GARCIA TRONCOSO
Institución : ARMADA
NPI : 579806-9
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

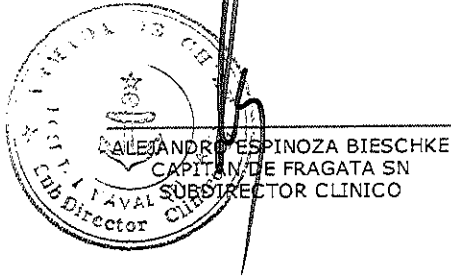
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	9730	4865	0	4865
TOTAL GENERAL :			9730	4865	0	4865

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

24976884-7 AGUSTINA JESUS GALVEZ GARCIA

Ficha Clínica: